

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1914

THÈSE

N° _____

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

M^{lle} A. de MARSILLY du VERDIER

Née à Marseille, le 26 juillet 1874

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

BRONCHECTASIE

Dans ses rapports avec l'Hérédo-Syphilis

Président : M. HUTINEL, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE ET C^{ie}, Éditeurs

45, Rue Racine (VI^e)

1914

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN, M. LANDOUZY

PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	NICOLAS
Physiologie	CH. RICHEL
Physique médicale	WEISS
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales	ACHARD
Pathologie médicale	WIDAL
Pathologie chirurgicale	TESSIER
Anatomie pathologique	LEJARS
Histologie	PIERRE MARIE
Opérations et appareils	PRENANT
Pharmacologie et matière médicale	AUGUSTE BROCA
Thérapeutique	POUCHET
Hygiène	MARFAN
Médecine légale	CHANTEMESSE
Histoire de la médecine et de la chirurgie	THOINOT
Pathologie expérimentale et comparée	LETULLE
	ROGER
	DEBOVE
Clinique médicale	LANDOUZY
	GILBERT
	CHAUFFARD
Maladies des enfants	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	GILBERT BALLE
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	DEJERINE
	DELBET
Clinique chirurgicale	QUENU
	RECLUS
	HARTMANN
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU
	BAR
Clinique d'accouchements	PINARD
	RIBEMONT-DESSAIGNES
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	ALBERT ROBIN

MM.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

ALGLAVE	GUENIOT	LERI	RICHAUD
BERNARD	GUILLAIN	LOEPER	ROUSSY
BRANCA	JEANNIN	MAILLARD	ROUVIERRE
BRUMPT	JOUSSET (A.)	MOCQUOT	SAUVAGE
CAMUS	LABBE (H.)	MULON	SCHWARTZ (A.)
CASTAIGNE	LAIGNEL-LAVASTINE	NICLOUX	SICARD
CHAMPY	LANGLOIS	NOBECOURT	TANON
CHEYASSU	LECENE	OKINCZYC	TERRIEN
COUVELAIRE	LEMIERRE	OMBREDANNE	TIFFENEAU
DESMAREST	LENORMANT	RATHERY	VILLARET
GOUGEROT	LEQUEUX	RETERER	ZIMMERN
GREGOIRE	LEREBoullet	RIBIERRE	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR HUTINEL

Médecin de l'Hôpital des Enfants malades

Membre de l'Académie de Médecine

Officier de la Légion d'honneur

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX

AVANT-PROPOS

La dilatation des bronches est un chapitre de la pathologie qui a déjà inspiré de nombreux travaux, et les cliniciens les plus autorisés en ont parlé presque tous plus ou moins longuement.

Nous n'avons nullement la prétention de dire quelque chose de neuf sur ce sujet ; mais en réunissant, dans les quelques pages qui vont suivre, les principaux passages empruntés aux notes nombreuses que nous avons recueillies au cours de lectures consciencieuses et multiples, nous espérons aider peut-être nous-même à l'éclaircissement d'un point assez controversé depuis quelques années, (nous voulons dire les rapports de l'hérédo-syphilis avec la dilatation bronchique), ou, tout au moins, rendre service à ceux qui, plus tard, voudraient travailler plus complètement cette question.

Cette courte étude comprendra, après quelques notions générales sur la bronchectasie et son diagnostic un chapitre d'étiologie, puis l'anatomie pathologique de cette affection et celle des pneumopathies de

nature syphilitique, dont la comparaison fait le principal argument de cette thèse, et enfin des considérations sur la nécessité de dépister l'hérédo-syphilis. Les quelques observations qui la terminent suffiront, nous l'espérons, à appuyer nos conclusions ; les cinq dernières, qui font mention du traitement spécifique nous paraissent réellement probantes ; les autres, qui relatent les constatations d'autopsie, le sont à un degré moindre, étant généralement un peu défectueuses, en un point ou en un autre : nous en parlerons d'ailleurs au cours de ce travail.

Nous adresserons ici tous nos remerciements à M. le Docteur J. Milhit, qui, nous ayant inspiré ce sujet de notre thèse, a bien voulu y contribuer encore, en quelque sorte, en nous permettant d'emprunter trois de nos observations à l'excellent article qu'il a publié sur cette question, en février 1914, dans les *Archives de Médecine des Enfants*.

Nous suivons aussi volontiers l'usage, en priant tous nos maîtres dans les hôpitaux de croire à notre gratitude pour le solide enseignement qu'ils nous ont donné.

Que M. le Professeur Hutinel veuille bien agréer la meilleure part dans l'expression de cette gratitude, puisqu'il veut bien ajouter à la bonté qu'il n'a cessé de nous témoigner, en nous faisant l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

CHAPITRE I

FRÉQUENCE DE LA BRONCHECTASIE CHEZ LES ENFANTS

Nous ne nous attarderons pas à refaire l'historique de la dilatation des bronches. Il a été fait bien souvent. C'est peut-être dans la thèse de Bourée que ce chapitre est le plus complet, mais on le retrouve plus ou moins abrégé dans tous les livres de pathologie.

Les premiers renseignements sur cette affection se trouvent dans Laënnec : il en décrit les traits principaux avec sa clarté et sa précision accoutumées. Ses successeurs complètent son œuvre quant à l'anatomie pathologique et à la pathogénie. Laënnec reconnaissait deux formes de dilatations bronchiques : dilatations cylindriques et dilatations des extrémités ; Andral en admet trois : cylindriques, sacciformes ou pseudo-cavitaires et moniliformes, (dilatation en chapelet d'Elliottson), cette dernière surtout chez les jeunes sujets. La même division est adoptée à peu de choses près par Cruveilhier, puis par Gombault. Barth en donne un

mémoire qui est l'œuvre la plus parfaite, on y trouve, en germe, tout ce qui a été publié depuis sur cette question.

Luys, Gintrac fils, Williams, Stokes, Gairdner, Rokitansky, Bamberger et surtout Biermer s'en occupent à leur tour.

Cependant, les classiques admettaient généralement que la dilatation des bronches, surtout fréquente chez l'adulte et le vieillard, ne joue qu'un rôle très restreint en pathologie infantile. En réalité, loin d'être rare, cette affection est assez commune chez l'enfant. Laënnec, qui l'avait rencontrée souvent, donne l'observation d'un enfant de trois ans et demi, et c'est l'une des plus caractéristiques parmi celles qu'il rapporte. Les études de Rilliet et Barthez, de Comby, les thèses de Delacour et de Sotiroff, pour n'en citer que quelques unes, ont aussi enseigné à la bien connaître.

En 1905, M. le professeur Hutinel s'élevait contre cette erreur persistante, et en trouvait une des raisons dans les différences notables que présentent les symptômes de la bronchectasie chez l'enfant et chez l'adulte. La bronchectasie, suivant lui, peut se rencontrer à toutes les périodes de l'enfance ; sans doute, elle est particulièrement fréquente de trois à cinq ans, comme l'ont dit Rillet et Barthez, car c'est au-dessous de cet âge que prédominent les broncho-pneumonies auxquelles elle succède souvent ; mais elle s'observe aussi chez des sujets plus grands. Elle ne se produit pas seulement chez des sujets débilités par des maladies antérieures ou mal nourris, mais chez des enfants sujets, *par le*

fait d'une prédisposition héréditaire ou acquise, à des toux spasmodiques et rebelles.

En 1908, on lisait dans le résumé d'une de ses cliniques : « On a dit souvent que la dilatation des bronches était rare chez les enfants, mais ce n'est là qu'une rareté apparente, et la vérité est que cet état morbide passe souvent inaperçu chez eux, et y est surtout confondu avec la tuberculose. M. Hutinel dit en avoir observé six cas dans ces derniers mois, ce qui prouve sa fréquence relative. Ce qui fait qu'elle échappe souvent à l'attention, c'est qu'elle est plus latente, moins caverneuse, moins suppurante que chez l'adulte, et bien souvent on ne la soupçonne qu'au moment d'une poussée catarrhale. Mais de plus, une autre raison qui fait qu'elle est souvent méconnue, c'est qu'elle est presque toujours secondaire, et qu'on n'attache d'importance qu'à la maladie principale ». Depuis lors, M. Hutinel a toujours soutenu la même opinion, et l'on peut dire que la fréquence de la bronchectasie chez l'enfant est reconnue maintenant par tous les pédiatres.

CHAPITRE II

DIFFICULTÉ DU DIAGNOSTIC

Une des causes qui ont fait tenir pour très rare la bronchectasie chez l'enfant, c'est, avons-nous dit, qu'elle est souvent méconnue. C'est, en effet, une affection d'un diagnostic fort difficile. Et cela se conçoit : elle débute généralement après une maladie infectieuse, suivie d'une broncho-pneumonie qui ne guérit pas ; la toux persiste, s'atténue, reparaît, puis s'installe définitive ; elle est le plus souvent quinteuse comme dans l'adénopathie trachéo-bronchique, parfois très fréquente la nuit. Le médecin est souvent appelé tardivement, le bon état général se maintenant. La fièvre existe rarement, l'appétit est bon ; l'enfant dort, il est gai ; la dyspnée est rare chez lui, car si le cœur est sain et un seul poumon malade (ce qui est la règle), elle est seulement terminale, ou d'effort. Quant à l'expectoration, elle ne se voit que chez les enfants déjà grands et n'a pas les mêmes caractères que chez l'adulte.

Ce sont des crachats muco-purulents, mais qui ne

constituent pas cette masse de liquide que l'on voit à un âge plus avancé : le cas de Biermer, dont le jeune malade expectorait 640 grammes par jour, est certainement une rareté. Il n'y a presque jamais d'hémoptysies, alors qu'on en observe assez souvent, comme le disent Barth, Trousseau, Katz, chez l'adulte.

L'enfant dont nous rapportons l'autopsie dans notre observation IV a succombé à des hémoptysies répétées ; mais, nous le répétons, c'est exceptionnel.

Si l'on examine la poitrine, on est frappé de la gravité apparente des lésions perçues : rétraction de la paroi thoracique, matité correspondant à un foyer de sclérose pulmonaire parfois étendu, souffle cavitairé, gargouillements et râles sonores dans le reste des bronches. Laënnec signalait déjà ce contraste entre l'importance des signes locaux et l'état général satisfaisant. C'est là un élément précieux de diagnostic.

Mais les choses ne se passent pas toujours ainsi ; comme dans bien d'autres affections, le tableau clinique de la plupart des cas s'écarte de la description classique.

La bronchectasie est une condition favorable au développement des bronchites récurrentes : c'est alors qu'apparaît une toux coqueluchoïde, tenace ; les crachats sont purulents, abondants, véritables vomiques ; la température s'élève passagèrement. Le médecin effrayé par les signes d'auscultation : souffle, gargouillements, etc , croit à une fonte tuberculeuse du poulmon.

Puis, chaque paroxysme laissant à la suite une

aggravation, à la longue il y a amaigrissement, cachexie sous l'influence des résorptions toxiques qui s'exercent dans les cavités bronchiques. On a signalé l'ostéite hypertrophiante des extrémités. Tout cet ensemble fait presque toujours dévier le diagnostic vers la tuberculose. Il est vrai que parfois le bronchectasique devient secondairement tuberculeux, pourtant cela non plus n'est pas la règle.

Une autre cause d'erreur est dans les antécédents. On sait combien les gens sont portés à déclarer « poitrinaire » toute personne ayant toussé plus ou moins ; ce qui fait qu'en dépit de la fréquence déjà réelle de la tuberculose, beaucoup d'enfants sont encore étiquetés « fils de tuberculeux » qui ne le sont pas en réalité.

Il est donc nécessaire, pour arriver au diagnostic de dilatation des bronches, de ne négliger aucune investigation, et d'avoir bien présents à l'esprit les caractères des maladies qu'elle peut simuler.

Dans la *bronchite chronique*, il y a absence de signes d'induration pulmonaire.

La *pleurésie interlobaire* avec vomique a pour elle son évolution rapide.

Dans l'*abcès* ou la *gangrène pulmonaire*, l'apparition des signes cavitaires se produit à la suite d'une vomique fétide ; elle est précédée d'une période de quelques semaines pendant lesquelles l'état général est grave, la température élevée ; les signes physiques sont ceux d'un foyer pneumonique.

La *tuberculose avec excavations* se distingue par le

À l'élargissement des troubles généraux et la nature de l'expectoration. Toutefois, on a pu observer chez les enfants des cavernes tuberculeuses, démontrées par les signes physiques, l'examen bactériologique, les procédés de laboratoire, les rayons X, tolérées sans troubles appréciables de l'état général. Il s'agit alors de tuberculose à tendance scléreuse, et l'on peut bien hésiter dans ces cas entre la bacillose et la dilatation bronchique. La recherche des bacilles dans les crachats tranchera la question.

La recherche du bacille de Koch est donc indispensable. Chez les enfants au-dessous de 5 ans, la difficulté est plus grande; il est vrai qu'en raison de la grande rareté des cavernes chez les petits on peut soupçonner la bronchiectasie.

D'ailleurs il reste les autres procédés de laboratoire : séro-réaction, cuti-réaction. L'intradermo-réaction est plus sûre chez les tout petits que chez les grands enfants.

La radiographie peut rendre quelquefois service. Ch. Box, médecin d'un service d'enfants, à Londres, qui a bien observé de nombreux bronchiectasiques, a publié les résultats de l'examen aux rayons X dans un cas très caractéristique. L'image a été trouvée très variable suivant la quantité de pus contenue dans les bronches. Avant que les bronches fussent vidées, on pouvait voir, du côté malade, une ombre assez dense pour obscurcir entièrement les contours du cœur et du diaphragme; après l'expectoration du pus, l'ombre était sensiblement moins opaque, et l'on distinguait le

déplacement du cœur du côté affecté avec élévation considérable du diaphragme.

Dans d'autres cas, examinés quand les bronches étaient vides, il a été impossible de déceler une opacité pulmonaire ou un déplacement quelconque.

CHAPITRE III

ETIOLOGIE ET PATHOGENIE

Si la dilatation des bronches est, suivant l'expression d'un de nos cliniciens actuels, le type des maladies à symptômes discordants, rappelant la bronchite chronique par ses phénomènes généraux et ses troubles fonctionnels, la tuberculose ulcéreuse par ses signes physiques, elle semble être un signe de discorde aussi lorsqu'il s'agit de connaître et sa cause, et le mécanisme qui la produit. On peut dire que toutes les hypothèses capables de l'expliquer ont été énoncées, toutes soutenues avec plus ou moins de talent, et que toutes ont, encore à l'heure présente, leurs partisans.

Laënnec admettait, comme pathogénie, l'accumulation de sécrétions dans les bronches et l'élargissement consécutif de ces canaux. Andral accusait les altérations de nutrition et la diminution de l'élasticité des parois bronchiques ; Stokes, dans le même ordre d'idée, la paralysie des fibres musculaires et la diminution de résistance des bronches. Corrigan, dont la

théorie a été longtemps admise presque sans discussion, incriminait la sclérose du poumon, dont le tissu rétractile attirerait les parois des bronches ; à cette cause, Barth ajoute la pleurésie chronique agissant aussi par réaction. Mendelssohn émet l'idée que la bronchectasie est due à la pression exercée par l'air, au moment des secousses de toux, sur les bronches malades. Gombault, plus éclectique, admet la réunion de ces divers processus. Bourée, dans sa thèse, discute toutes les opinions reçues et conclut que toutes ces théories sont insuffisantes ; même les plus complètes et les plus sérieuses ne paraissent tenir qu'une part de la vérité ; pour aboutir à la bronchectasie, deux conditions sont, en effet, nécessaires et indispensables, une lésion bronchique et une lésion pulmonaire ; la première consiste dans la perte de l'élasticité et de la résistance de la paroi ; la seconde, essentielle, réside dans l'imperméabilité du parenchyme environnant et dans la disparition de son élasticité naturelle, ce qui ne lui permet pas de contrebalancer la pression intra-bronchique. L'expiration forcée et répétée, qui, même à l'état physiologique, dilate légèrement les canaux aériens, sera une cause purement adjuvante. D'où il résulte que différentes affections peuvent être capables d'aboutir au phénomène de la dilatation des bronches si elles parviennent à réaliser à la fois les lésions bronchiques et pulmonaires.

L'étiologie n'est pas moins variée que la pathogénie. On s'accorde assez généralement à reconnaître comme la cause principale de la dilatation bronchi-

que la broncho-pneumonie prolongée, à forme chronique. Il est certain qu'elle est le plus souvent notée chez les enfants bronchectasiques. Elle agirait par les altérations de la paroi des bronches et du tissu pulmonaire qui en sont la suite.

Cette cause étant admise, il est bien naturel que toutes les maladies infectieuses, qui peuvent se compliquer de broncho-pneumonie, aient été regardées comme étant elles-mêmes à l'origine de la dilatation des bronches. C'est ainsi que la grippe, la rougeole, la scarlatine, la diphtérie, la variole ont été incriminées ; Guéneau de Mussy y ajoute la bronchite dothiénentérique. La coqueluche produirait la bronchectasie non seulement au même titre que les affections précédentes, mais encore d'une façon purement mécanique, étant donnés les accès de toux qui la caractérisent.

Il y a bien d'autres causes : la pleurésie (Barth et Rendu) simple ou suppurée, mais s'accompagnant d'adhérences qui joueraient un grand rôle dans la pathogénie ; un rétrécissement en un point quelconque de l'arbre respiratoire, rétrécissement spasmodique, organique, ou encore par compression dans l'adénopathie trachéo-bronchique (Augier) amenant en aval une dilatation. Rilliet et Barthez isolent une forme aiguë et pensent que la forme chronique, rare chez l'enfant, n'en est que la persistance. Grancher prétend que toute dilatation se complique de tuberculose, et que la tuberculose produit fréquemment la dilatation : formules peu exactes en ce qui concerne les enfants, si l'on en croit les observations. Comby pense qu'une des

causes les plus fréquentes est la présence de corps étrangers : cette cause est indiscutable évidemment, et Sotiroff, sur les vingt-cinq cas qu'il a publiés dans sa thèse, lui en attribue justement le plus grand nombre ; mais c'est précisément parce que c'est là une étiologie bien nette et facile à connaître, que, toutes les fois qu'elle n'existe pas, il faut chercher autre chose.

Barth et Barlow ont admis une bronchectasie congénitale : Grawitz en a donné huit observations, et personne ne discute plus aujourd'hui ce fait que la cause de ces lésions congénitales est l'hérédo-syphilis. On en a eu d'ailleurs la preuve par la présence du tréponème dans ces lésions.

Metchnikoff ayant, en 1905, signalé à l'Académie de Médecine, que le spirochète de Schaudinn était décelable dans les accidents produits chez les singes supérieurs par les inoculations syphilitiques, et concluant nettement en faveur du rôle étiologique du nouveau parasite, Levaditi dirigea aussitôt ses recherches du côté de la syphilis héréditaire, pensant, avec raison, que l'apparition des lésions syphilitiques chez un fœtus in utero exclut la possibilité d'une infection venue du dehors. Dès ses premières recherches, il trouvait des spirochetés typiques dans le contenu des bulles de pemphigus d'un hérédo-syphilitique. En même temps, Buschke et Fischer, en Allemagne, publiaient la présence de ces mêmes spirochètes dans le foie et la rate d'un fœtus mort en pleine syphilis. Depuis, les recherches se succèdent, et les découvertes s'accumulent ; et

les lésions spécifiques peuvent être étudiées à coup sûr par les anatomo-pathologistes.

De ce que la syphilis héréditaire est la cause de la bronchectasie chez le nouveau-né, est-on en droit d'en inférer que la dilatation bronchique de l'enfant et de l'adulte peut avoir la même origine ?

La clinique n'avait pas attendu si longtemps pour faire cette hypothèse, et l'opinion d'Hochsinger, qu'un enfant atteint de pneumopathie syphilitique ne peut survivre plus de trois mois, n'a jamais, croyons-nous, trouvé de vrais partisans. Gaucher écrivait bien, en 1904 : « les lésions pulmonaires hérédo-syphilitiques tuent l'enfant à sa naissance ou à peu près », mais il ajoutait le correctif important : « s'il vit, les symptômes cliniques sont semblables à ceux des broncho-pneumonies. »

Les belles études de Fournier sur la syphilis héréditaire tardive montrent bien que ses lésions sont analogues à celles de la syphilis acquise, et que, dans certains cas, ses symptômes, soit que l'infection ait eu dès le début une virulence atténuée, soit qu'un traitement institué chez la mère pendant la grossesse ait diminué la toxicité, sont à échéance lointaine.

Lancereaux, à la suite de l'observation que nous lui empruntons (observation III) (à cause de l'autopsie révélatrice de dilatations bronchiques), Lancereaux écrit : « En présence de ces faits nous sommes forcément amené à reconnaître que la syphilis héréditaire peut se traduire à un âge voisin de l'adolescence par des lésions circonscrites, plus ou moins disséminées

dans le poumon, ayant tous les caractères de la sclérose, avec ou sans produits gommeux concomitants. Si, malgré tout, ces faits pouvaient laisser quelques doutes dans l'esprit, la rencontre de ces mêmes lésions à un âge plus rapproché de la naissance, chez des enfants dont la syphilis était des plus manifestes, les ferait disparaître. »

Le même auteur rapporte plusieurs observations, prises à différents âges, où l'hérédo-syphilis était manifeste, et il ajoute : « Ces faits, dont la ressemblance est frappante, nous paraissent mettre en évidence, chez l'enfant et chez l'adulte, l'existence de désordres pulmonaires liés à l'hérédité syphilitique. Ces désordres ont pour caractère de se localiser dans un seul poumon, de préférence au lobe inférieur, de mettre plusieurs années à évoluer, et de se traduire pendant la vie par de la matité, du souffle caverneux, et par une expectoration abondante. » Peut-on trouver une description plus exacte des signes de la bronchectasie ? Et cependant, Lancereaux parle ici des lésions pulmonaires en général et non de la dilatation bronchique en particulier.

Cette affection pourtant, comme manifestation spéciale de la syphilis acquise est admise depuis longtemps. Hiller dit que la bronchectasie est un fait commun dans la syphilis, et croit même que les prétendues cavernes de la phtisie syphilitique ne sont la plupart du temps que des dilatations bronchiques. Bourdieu, dans sa thèse décrit la bronchectasie syphilitique. Marfan écrit : « La cirrhose syphilitique, affectant le type d'une sclérose broncho-pulmonaire, on doit s'attendre à la

voir s'accompagner de dilatations bronchiques : c'est ce qui a lieu en effet. »

Néanmoins, Balzer et Grandhomme ayant signalé à l'attention la dilatation des bronches observée par eux comme manifestation de l'hérédo-syphilis, chez l'enfant, l'idée que cette étiologie pourrait, plus qu'on ne le pense, être recevable, commence à faire son chemin.

M. le Professeur Hutinel écrivait en 1912 : « Les scléroses pulmonaires ou médiastines m'ont paru se rencontrer surtout chez les sujets suspects de syphilis héréditaire : il sera bon de rechercher dorénavant si cette infection ne doit pas être incriminée à l'origine des dilatations bronchiques. »

Bériel, étudiant la syphilis du poumon chez l'enfant et chez l'adulte, a lui aussi insisté sur le rôle important de l'hérédo-syphilis dans l'étiologie des ectasies bronchiques de l'enfant.

Les cinq dernières des observations que nous citons semblent assez bien démontrer cliniquement que cette opinion n'est pas erronée ; mais laissons là la clinique : peut être l'anatomie pathologique nous livrera-t-elle des arguments solides ?

CHAPITRE IV

UN PEU D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Les autopsies ne se comptent plus où les lésions d'ectasie bronchique ont été constatées, et l'on trouve un grand nombre de descriptions de poumons bronchectasiques, dont quelques-unes sont fort bonnes.

Pour éviter toute confusion sur ce sujet si compliqué de l'anatomie pathologique, il faut bien distinguer les types différents de dilatation. Les trois types décrits par Andral et Cruveilhier peuvent se rencontrer, mais les dilatations moniliformes sont exceptionnelles ; les dilatations cylindriques s'associent à la broncho-pneumonie chronique ; la forme ampullaire donne des coupes d'aspect spongieux et angiomateux.

Ceci est bien observé dans cette page de M. le professeur Hutinel, que nous reproduisons à dessein, car elle est une excellente introduction à l'étude détaillée qui va suivre, qu'elle synthétise, pour ainsi dire, en quelques lignes.

« Quand on fait l'autopsie de sujets morts de broncho-pneumonie, pour peu que l'affection ait évo-

lué lentement, on trouve constamment des dilatations bronchiques. Mais il faut distinguer ces petites dilatations, simples constatations anatomiques, quelquefois microscopiques, des dilatations plus considérables traduisant leur existence par des phénomènes cavitaires : seules, celles-ci constituent une entité morbide cliniquement appréciable. La dilatation des bronches, ainsi comprise, présente au point de vue anatomo-pathologique, les caractères suivants : le plus souvent, lésions unilatérales, peut-être plus communes dans le poumon gauche que dans le poumon droit ; elles peuvent ne pas apparaître à première vue, dès l'ouverture du thorax ; le poumon se montre plus ou moins emphysemateux, et l'on a parfois de la peine à l'extraire à cause des adhérences. Quand on l'a isolé, on trouve un lobe dur, compact, pesant, d'un rouge violacé, recouvert à sa surface d'adhérences pleurales. Il est condensé et sclérosé, et à la coupe laisse écouler une certaine quantité de liquide muco-purulent. Le parenchyme, creusé de trous, offre un aspect comparé justement, par Rilliet et Barthez, à celui d'une tranche de gruyère. Ces trous résultent d'excavations qui sont de deux sortes : les unes sont arrondies ou ovalaires, juxtaposées, parfois très nombreuses et communiquant entre elles ; ce sont les dilatations à type alvéolaire ; les autres sont de forme tubulaire ou cylindrique, leur diamètre peut atteindre la grosseur du doigt.

La cavité est tapissée par une muqueuse d'aspect tomenteux, épaissie, rouge, quelquefois pâle et grisâtre, recouverte d'un liquide épais formé de muco-

pus, parfois de flocons fibrineux et pultacés. L'épithélium est généralement absent, mais non constamment comme dans les cavernes tuberculeuses : on peut trouver un épithélium cubique, avec ou sans cils vibratiles. Au-dessous, on trouve du tissu embryonnaire, et des vaisseaux très nombreux formant une véritable couche vasculaire. Ce tissu, contenant une quantité innombrable de lymphocytes, a l'air d'un tissu cicatriciel. Le cartilage a complètement disparu, ainsi que les glandes bronchiques. On trouve çà et là quelques fibres élastiques. La bronche, ainsi transformée, est entourée par un processus de sclérose diffuse du parenchyme pulmonaire. »

La ressemblance des dilatations ampullaires avec les cavernes tuberculeuses, qui ne peuvent en être distinguées souvent que par l'absence totale d'épithélium, a été relevée par la plupart des observateurs. Bériel écrit : « Au microscope, l'examen des dilatations cylindriques plus ou moins généralisées permet toujours de reconnaître les éléments plus ou moins modifiés des parois bronchiques (muscles, glandules, cartilages.) Au contraire, les bronchectasies ampullaires donnent des résultats très différents. Il s'agit là de lésions du tissu pulmonaire proprement dit, en rapport avec les formations bronchioliques qui font partie de ce tissu. Dans ces cas, les coupes montrent un épithélium bien conservé, régulier, quelquefois très élevé ou cubique, ou plus ou moins aplati ; au-dessous, une zone finement fibrillaire et possédant des capillaires déliés ; puis une paroi plus ou moins fibreuse avec de gros

vaisseaux très abondants. Ceux-ci ont souvent une hyperplasie énorme de leurs parties musculaires, ainsi que cela avait déjà été constaté par Cornil et Ranvier, Déjerine et Sottas. En se rapprochant des parties saines de la bronche, on voit apparaître les éléments constitutifs habituels de sa paroi. Tout autour de la dilatation existe une zone constituée par l'épaississement du tissu péribronchique sous forme de couches fibrillaires, riches en vaisseaux, et infiltrées de petites cellules formant parfois de petits nodules d'aspect lymphoïde. Les cavités sinueuses pourraient très bien être prises pour des cavernes, mais on observe parfois, sur des coupes bien orientées, des points où une bordure épithéliale encore reconnaissable est enclavée dans les amas nécrosés prêts à tomber dans la cavité. Beaucoup de bronchectasies sont prises pour des cavernes, et seul l'examen histologique peut en permettre la reconnaissance exacte. »

En lisant ce qui précède, on remarque certains caractères assez frappants des lésions bronchectasiques. Ce sont, (outre l'absence des éléments constitutifs de la bronche autour des dilatations), la sclérose et l'augmentation si notable de la vascularisation. Or, ce sont là des caractères qui se rencontrent à un degré remarquable dans les lésions syphilitiques. D'ailleurs, la bronchectasie est très commune dans les poumons syphilitiques. Cependant, ce n'est pas du tout là une raison suffisante pour dire qu'elle est elle-même au nombre des altérations causées par cette maladie. Il faudrait trouver un caractère appartenant manifestement

tement aux altérations spécifiques du poumon et se rencontrant toujours avec les dilatations bronchiques.

Or, R. Tripiér, dans son traité d'anatomie pathologique, publié en 1904, prétend l'avoir trouvé, et, par une discussion assez serrée, fondée du reste sur le résultat de nombreux examens histologiques, succédant à des observations cliniques consciencieuses, il établit que les dilatations des bronches sont d'origine syphilitique, que la syphilis soit acquise ou héréditaire. Il écarte toutefois l'idée que ses conclusions soient applicables aux dilatations cylindriques généralisées.

Pour qu'on puisse juger de la valeur de sa découverte, nous nous tiendrons aussi exactement que possible au texte même de cet auteur, dans le résumé très succinct que nous allons en faire.

On connaît les lésions pulmonaires des nouveau-nés syphilitiques, décrites par Virchow sous le nom de *pneumonia alba*. Elles se présentent le plus souvent sous la forme de nodules blanchâtres plus ou moins nombreux, du volume d'un petit pois à une noisette, disséminés à la surface des poumons où ils font une légère saillie. On les voit aussi sur les surfaces de section, sous la forme de nodules superficiels et profonds, de coloration rosée ou blanchâtre sur un fond rougeâtre, dans lequel les nodules se confondent parfois sur quelques points. L'examen histologique permet de constater le plus souvent des lésions que l'on peut qualifier de spécifiques et qui consistent dans une modification profonde du tissu pulmonaire où abondent les néoproductions alvéolaires ou cellulaires.

Déjà, dans les portions du tissu intermédiaire aux nodules, on trouve des cloisons interalvéolaires, épaissies par infiltration cellulaire jusqu'au point d'avoir souvent une épaisseur plus grande que le diamètre des alvéoles voisins. Cet épaississement des cloisons interalvéolaires augmente rapidement au voisinage des nodules où il est encore plus prononcé, il donne l'aspect d'un stroma infiltré de cellules, dans lequel se trouvent, disséminées çà et là, mais parfois aussi plus ou moins confluentes, des cavités irrégulières, tapissées d'une seule rangée de cellules ordinairement cubiques, et renfermant des cellules épithéliales desquamées. Il y a, sur ces points, comme une transformation néoplasique du tissu pulmonaire, mais avec conservation des bronches qui sont plus ou moins dilatées et tapissées par leur épithélium cylindrique. On y remarque enfin des néoproductions vasculaires abondantes qui correspondent à des oblitérations artérielles ou veineuses. A côté de ces lésions devenues classiques, on peut aussi observer d'autres fois des nodules de la pneumonie blanche constitués par de véritables nodules broncho-pneumoniques où l'exsudation cellulaire paraît tellement abondante qu'elle infiltre absolument tout le tissu, ne formant qu'une masse cellulaire compacte, au sein de laquelle on n'aperçoit plus que les gros vaisseaux, les bronches ayant été complètement envahies et se trouvant réduites à une dépression ou fente linéaire.

Ces lésions caractéristiques de la syphilis chez le nouveau-né, se rencontrent aussi chez l'adulte, en tant

que lésions histologiques, au sein du tissu pulmonaire enflammé et plus ou moins sclérosé, chez les syphilitiques, (particulièrement à la périphérie des gomme). Dans ce tissu plus ou moins sclérosé, se trouvent de nombreuses petites cavités de forme irrégulière, tapissées par un épithélium cubique, et dont la lumière est souvent effacée par l'accolement de leurs parois ou par l'accumulation de déchets épithéliaux, tandis qu'au-delà il existe seulement un processus pneumonique indéterminé dans les alvéoles emphysémateux.

Donc, d'après les observations de l'auteur, qu'il s'agisse de lésions syphilitiques des poumons chez le nouveau-né ou chez l'adulte, quel que soit leur aspect macroscopique, on y trouve toujours, à l'examen histologique, des altérations se présentant sous la forme de néoproductions alvéolaires rudimentaires, c'est-à-dire plus ou moins irrégulières, avec des parois tapissées d'un épithélium cubique, ordinairement en voie de desquamation abondante, au sein d'un stroma complètement infiltré de cellules sous diverses formes, et même à l'état tout à fait scléreux.

Cette lésion se trouve bien visible sur la figure coloriée du livre de Letulle, représentant une gomme du poumon ; on y voit, à la périphérie, des groupes de cavités alvéolaires, tapissées par un épithélium à une seule rangée de cellules cubiques, mais l'auteur n'en fait pas mention parmi les caractères qu'il attribue aux lésions spécifiques.

Il ne suffit pas, il est vrai, de découvrir ces productions pour en faire un caractère pathognomonique de

syphilis, il faut encore tenir compte des conditions dans lesquelles on les rencontre. On peut aussi, en effet, les trouver sur des poumons tuberculeux, mais très rarement, et plutôt d'une manière discrète contrastant avec leur fréquence et leur abondance chez les syphilitiques. C'est cette différence, c'est la présence des lésions tuberculeuses d'un côté, leur absence de l'autre, qui permettent de rapporter les lésions à leur véritable origine.

Comme ces productions sont constantes dans les scléroses pulmonaires des anciens syphilitiques où elles sont toujours très manifestes, comme d'autre part, on ne les rencontre que très rarement dans les scléroses nettement tuberculeuses, on peut se demander si les tuberculeux qui les présentent ne sont pas d'anciens syphilitiques? Quoiqu'il en soit, si l'on admet que la lésion que nous avons décrite soit syphilitique, il reste encore à voir si elle se rencontre avec les dilata-tions bronchiques.

Que voit-on à l'examen d'un poumon de bronchectasique? Les cavités sont grosses comme des pois ou des noyaux de cerise, parfois bien davantage; certaines communiquent avec les bronches, pour d'autres la communication est difficile à établir. Histologiquement, la bronche qui précède la cavité est le siège d'une hyperplasie cellulaire et d'une sclérose nette, mais tous ses éléments constitutants persistent; au contraire, dans la cavité qui lui fait suite, on ne trouve ni muscles, ni glandes, ni cartilages, mais un épithélium cylindrique, plus ou moins modifié, et de nom-

breux vaisseaux. De plus, dans le tissu pulmonaire scléreux qui sépare les dilatations, l'examen microscopique révèle de petites cavités, arrondies ou allongées, souvent avec diverticules, tapissées d'un épithélium cubique et entourées de vaisseaux. Ces petites cavités sont analogues à celles observées dans la pneumonie blanche. De là cette conception nouvelle de la pathogénie de la dilatation bronchique, qui pour Tripiet et son école est de nature syphilitique et se rapporte à un processus spécial dans lequel la sclérose s'associe constamment à des néoformations plus ou moins végétales. Les grandes cavités dérivées de la lésion bronchique elle-même sont construites sur le même type que les petites cavités irrégulières situées en plein tissu pulmonaire. En faveur de cette opinion, il faut répéter que la sclérose pulmonaire banale, même associée à la symphyse pleurale ou à des adhérences partielles de la plèvre, ne s'accompagne pas, en dehors de la syphilis, de dilatations bronchiques, ni de néoproductions alvéolaires. De plus, ces néoproductions alvéolaires font défaut dans les scléroses tuberculeuses les plus étendues et existent, par contre, dans les moindres scléroses des sommets chez les anciens syphilitiques.

M. le professeur Weill parlant de cette question s'exprime ainsi : « L'opinion de Tripiet, qui s'éloigne notablement des idées classiques, est basée sur de nombreuses recherches anatomo-pathologiques. Depuis sa publication, j'ai pu en vérifier l'exactitude dans deux cas, et, sans vouloir rejeter complètement l'action de toutes les infections non-syphilitiques, j'estime que

la présence constante dans la dilatation bronchique de néoformations alvéolaires semble indiquer un processus spécial, sclérosant et néoformatif, dont le type est constitué par les lésions syphilitiques.

« Thirolloix et Debré ont réalisé expérimentalement chez le rat des dilatations bronchiques notables par inoculation intrapéritonéale de cultures ensemencées du suc ou du liquide d'abcès cancéreux renfermant du staphylocoque blanc très atténué. Les dilatations produites ne sont pas tout à fait assimilables à la dilatation bronchique de l'homme, mais elles démontrent le rôle d'une infection lente, agissant indépendamment de toute bronchite ou broncho-pneumonie.

« Il est difficile de définir le rôle des bronchites et broncho-pneumonies dans la forme ampullaire des ectasies bronchiques se développant après la naissance : il est probable qu'elles interviennent comme causes occasionnelles, et que l'apparition de dilatations bronchiques dans ces conditions indique que la broncho-pneumonie évolue sur un terrain syphilitique. »

CHAPITRE V

PRONOSTIC ET TRAITEMENT

La dilatation des bronches est une affection de longue durée, non pas dangereuse par elle-même, mais menaçant l'existence par le fait d'infections secondaires.

Il semble que la forme cylindrique puisse guérir, bien que cela soit rare.

Le processus qui préside à la formation de l'ectasie bronchique, au moins dans sa forme ampullaire, présente un caractère d'activité durable, qui se traduit par les néoformations que nous avons signalées. Cette activité est entretenue par une infection chronique dont le type est la syphilis. Aussi faut-il faire la part, dans le pronostic et le traitement, de ces deux éléments : 1° l'épisode aigu qui a créé la lésion broncho-pulmonaire ; 2° le terrain spécial, syphilitique ou autre analogue, qui crée la tendance scléro-formative.

Sans vouloir faire de généralisation absolue à propos du rôle de la syphilis, nous estimons qu'on doit la rechercher dans toute dilatation bronchique.

Baumel disait déjà, il y a quelques années : « Eu égard à la fréquence de la tuberculose, ce n'est qu'incidemment qu'on songe à la syphilis, lorsqu'on est mis sur la piste, par exemple, par un symptôme nettement spécifique inattendu ; cependant, nous pensons avec Fournier, qu'il ne faut pas laisser ce diagnostic à la merci d'un hasard : c'est un devoir médical de déceler de bonne heure la syphilis, et pour ce, en présence de toute affection pulmonaire douteuse, d'ouvrir une enquête sur les antécédents ; elle aboutira, souvent peut-être, à faire sauver la vie d'un malade, en révélant la vraie nature d'une affection considérée comme tuberculeuse et jusque-là soignée comme telle sans succès. »

La recherche des antécédents, déjà difficile quand il s'agit de syphilis acquise, l'est encore plus peut-être quand il s'agit de syphilis héréditaire, qui peut même être de seconde génération.

L'embarras pourrait donc être assez grand, quand il n'existe aucun stigmate d'hérédo-syphilis, si la clinique ne disposait d'un autre moyen : nous voulons parler de la réaction de Wassermann.

Demandons-nous, en passant, quelle est la valeur de cette épreuve ?

Des travaux récents, en Allemagne et en Italie, ont semblé établir qu'elle est excellente en général, défectueuse seulement assez fréquemment chez les nourrissons.

Garin et Laurent, dans un article très complet sur ce sujet, disent que cette réaction est de grande valeur diagnostique puisqu'elle apparaît dans la syphilis dans

80 à 90 0/0 des cas, suivant la période de la maladie, et n'a pu être constatée, au contraire, en dehors d'elle, que dans de très rares cas de scarlatine, de maladies du sommeil, et de lèpre. Ils ajoutent : « La réaction de Wassermann permet de dépister la syphilis héréditaire, et de rattacher, d'une façon assez nette, à l'étiologie syphilitique la plupart des cas de tabes, aortites, paralysie générale, et de *dilatation des bronches*, confirmant sur ce point les tendances cliniques modernes. » Ces auteurs disent avoir étudié quatre cas de bronchectasie dans lesquels la réaction fut quatre fois positive. Dans l'un de ces cas, la malade, femme de cinquante-six ans, qui niait la syphilis, vit son état fort amélioré par le traitement.

Bien que ces dernières lignes ne soient pas un réel argument pour notre sujet, puisqu'il ne s'agit pas d'enfants mais d'adultes, il nous semble qu'elles militent cependant un peu en sa faveur. D'autre part, on y voit l'influence du traitement spécifique, même chez une malade déjà âgée, et c'est un encouragement à adopter ce traitement le plus souvent possible, en dépit de cette erreur, si souvent répétée, que la dilatation des bronches, étant une lésion constituée, elle ne saurait regresser.

Il en est de la bronchectasie comme de toute lésion progressive, et, sur ce point, nous nous rallions entièrement au raisonnement que nous trouvons dans un livre d'E. Fournier, et qui traduit en termes clairs ce que nous pensions nous-mêmes : « Si une maladie affecte une évolution lente, progressive, et procède par pous-

sées successives, par invasions surajoutées, forcément elle n'est pas constituée d'une façon exclusive par des lésions accomplies et définitives ; elle se compose nécessairement de lésions de divers âges, c'est-à-dire, qu'elle présente, à côté de lésions vieilles et irréductibles, des lésions plus jeunes et encore sensibles à l'action thérapeutique. Elle pourra donc subir, pour le moins quant à ces dernières, une action résolutive notable de la part du mercure et de l'iodure. »

La conclusion thérapeutique, qui découle de ces notions, est que la nature fréquemment, sinon exclusivement syphilitique des lésions de la broncheectasie commande naturellement le traitement spécifique. Ce traitement pourra consister en iodure de potassium, donné à la dose de 0,25 centigrammes à 1 gramme par jour ; on peut aussi employer le benzoate de mercure qui a donné de bons résultats, comme on peut le voir par une de nos observations.

Mais il ne faut pas oublier que si l'élément syphilitique doit être envisagé pour une part importante, il existe aussi un élément inflammatoire banal, une broncho-pneumonie souvent, née dans le cours d'une rougeole ou d'une coqueluche, on associera donc à ce traitement spécifique les procédés thérapeutiques habituels.

Ces procédés sont nombreux. On emploie, dans l'état chronique, la révulsion, les pointes de feu. Dans les poussées ; les enveloppements humides de compresses froides, les bains tièdes si la température est élevée. Contre la toux on se sert de la codéïne, de

l'extrait thébaïque, de l'antipyrine, du bromure de potassium ; pour combattre les sécrétions, de baume de tolu, de terpine, de goudron, de créosote, etc. Blachez et Trousseau ont préconisé l'arsenic.

Dans l'intervalle des poussées, on a conseillé la gymnastique respiratoire, la suppression de toute cause d'irritation bronchique, l'air de la mer, un climat chaud, les reconstituants ; l'huile de foie de morue. On a également recommandé les eaux sulfureuses : Cauterets, Enghien, Allevard, etc.

Malheureusement, il faut bien avouer que, jusqu'ici, on ne peut guère compter de succès à l'actif de la médication classique employée seule.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Rapportée par M. le professeur E. Weill.

X..., enfant de 9 ans, avait eu, deux ans auparavant, une coqueluche et des signes de pleurésie et de pneumonie. Depuis lors, elle avait toujours toussé. On nous l'amena parce qu'elle présentait de l'ascite. A l'examen, on constatait au niveau du poumon gauche une rétraction évidente de la paroi thoracique, une matité très étendue avec abolition des vibrations, un souffle tubaire inspiratoire et expiratoire. Le foie, la rate étaient hypertrophiés, et l'urine contenait une grande quantité d'albumine.

Peu à peu, on vit l'ascite augmenter, puis survint de l'œdème des membres inférieurs, enfin un anasarque généralisé et la malade mourut trois mois plus tard. A l'autopsie, il existait au poumon gauche un foyer *des plus typiques* de dilatation bronchique, avec de nombreuses dilations ampullaires donnant l'aspect d'un tissu spongieux. Le foie et la rate étaient très hypertrophiés ; il existait une dégénérescence amyloïde de ces organes vérifiée histologiquement. Par contre, on ne trouvait pas trace de tuberculose.

Ces faits sont bien en faveur d'une infection syphilitique, et cependant il n'existait chez cette enfant aucun des stigmates de l'hérédo-syphilis.

OBSERVATION II

Empruntée au docteur W. Carr (*in the Practitioner*, 1891).

Rapportée par Sotiroff dans sa thèse.

Edith S..., 5 ans ; traitée 14 mois pour néphrite chronique. Elle a le côté gauche rétracté, maximum du choc de la pointe du cœur dans l'aisselle. On constate au poumon gauche de la matité, du souffle bronchique, des râles humides.

Il n'y a pas de processus aigus ; la malade meurt en janvier 1891.

On trouve à l'autopsie le poumon gauche très adhérent à la paroi thoracique, au diaphragme, et au péricarde ; il est changé en une masse fibreuse fort dense, sillonné partout par des bronches irrégulièrement dilatées, tapissées d'une muqueuse sombre. Beaucoup de bronches ont six millimètres de diamètre. *Vers la périphérie ces bronches n'ont pas de structure de parois bronchiques*, sont plus irrégulières et avaient probablement comme origine les alvéoles et les petites bronchioles.

Poumon droit sain, avec hypertrophie compensatrice.

OBSERVATION III

Empruntée à H. Green (*in Lancereaux*) (abrégée).

X..., enfant de 6 ans, né dans l'Inde, toussant depuis l'âge de 18 mois, et présentant des signes cavitaires dans une

grande étendue du poumon droit. La rate est volumineuse, les dents incisives supérieures très peu développées. Cet enfant, amaigri, débilité finit par succomber.

A l'autopsie, le poumon droit, diminué de volume, recouvert par une plèvre épaissie, adhère intimement à la paroi thoracique ; *la surface de section est parsemée de nombreuses excavations séparées par des tractus fibreux* ; le poumon gauche n'offre aucune altération, si ce n'est la présence de quelques tractus d'induration fibreuse dans son lobe supérieur.

OBSERVATION IV

Rapportée par Maingault (*in* Thèse de Delacour).

X..., enfant de 12 ans, né d'un père tuberculeux, offrait à son entrée à l'hôpital, il y a 12 jours, un bruit de gargouillement en bas, à droite et en arrière de la poitrine, avec fièvre, abattement, etc... ; les crachats étaient abondants et purulents. On diagnostiqua : dilatation bronchique et tubercules probables. Les accidents continuèrent, et bientôt on trouva des râles sonores des deux côtés avec matité à la percussion et l'on pensa à une pleurésie. Au bout de cinq à six jours survinrent des hémoptysies, qui se répétèrent, et l'enfant mourut.

A l'autopsie, le lobe inférieur du poumon droit est recouvert à sa surface de fausses membranes ; les bronches sont dilatées considérablement et présentent en outre une hypertrophie très marquée des fibres musculaires qui sont très visibles, et une atrophie manifeste des cerceaux cartilagineux. Il n'y a pas trace de tubercules. A la partie inférieure du même

lobe, on trouve un tissu dense, comme carnifié, dont l'aspect est singulier et ne peut se rapporter aux altérations ordinaires du poumon.

OBSERVATION V

Rapportée par le docteur J. Milhit, chef de clinique de médecine infantile — Recueillie dans le service de M. le professeur Hutinel.

C... Ludovine, âgée de 12 ans et demi (salle Parrot, n° 5 bis, B. 26.77), entrée le 14 mai 1913, sortie le 15 juin 1913.

Cette enfant est amenée à l'hôpital parce qu'elle tousse et qu'elle a de la fièvre : le début de l'affection remonte au 6 mai, mais il est assez difficile de le préciser exactement, car toujours, en temps ordinaire, cette enfant tousse un peu. Elle est d'ailleurs sujette à des bronchites fréquentes, et elle présente assez souvent, dit la mère, des rhumes analogues à celui qu'elle a maintenant, mais cependant un peu moins forts. Si la mère amène son enfant, c'est parce qu'elle a des inquiétudes au sujet de la tuberculose pulmonaire. Le père, en effet, est mort bacillaire à 44 ans. Il n'existe cependant pas d'autres antécédents bacillaires. La mère a 44 ans et se porte bien : elle a eu cinq grossesses et une fausse-couche. Deux des enfants sont morts d'entérite, les autres se portent bien. En ce qui concerne la petite malade, on ne retrouve dans les antécédents, en dehors des bronchites fréquentes, qu'une rougeole à l'âge de 11 ans.

Ce qui frappe à l'examen de cette enfant, c'est la dyspnée

assez notable : 40 respirations par minute ; le pouls est à 92°, la température à 39°4.

Il existe de la diminution de la sonorité aux deux sommets pulmonaires, surtout à droite et en arrière : les vibrations sont augmentées à ce niveau ; on trouve encore de la matité à la base droite. L'auscultation fait entendre en arrière, au niveau du sommet droit, un souffle caverneux, des râles humides cavernuleux ; il existe quelques gros râles analogues, disséminés dans le poumon gauche, en avant à droite, mêmes symptômes cavitaires. Le facies est pâle, les lèvres cyanosées ; rien d'anormal cependant au niveau du cœur. Les urines sont très légèrement albumineuses. En raison des signes d'auscultation, de la dyspnée, en raison aussi de l'amaigrissement, du facies, des sueurs, comme encore de l'expectoration assez abondante, muco-purulente, d'aspect nummulaire, des antécédents héréditaires, le diagnostic porté est celui de phtisie aiguë galopante à forme broncho-pulmonaire.

Cependant l'intradermo-réaction, pratiquée à deux reprises chez cette malade, restait négative ; négatifs aussi plusieurs examens de crachats sans bacilles de Koch. Néanmoins, les signes cavitaires persistaient avec une netteté parfaite. La température s'était assez rapidement abaissée à 38° puis à 37°8, la dyspnée était moins accentuée, mais le facies restait cependant toujours pâle, la toux assez incessante. Une radiographie fut pratiquée ; elle fut négative en ce qui concerne le sommet pulmonaire droit ; devant cet ensemble de signes négatifs (pas de bacilles de Koch dans les crachats, intradermo-réaction négative, radiographie ne décelant pas la présence de cavernes ou d'infiltration pulmonaire), le diagnostic fut réformé et orienté alors vers l'hypothèse de dilatations bronchiques.

Comme nous recherchions systématiquement le Wassermann chez les malades atteints d'ectasie bronchique, cette réaction fut faite, bien que, cliniquement, rien ne vînt autoriser l'hypothèse d'hérédosyphilis.

Le Wassermann (recherché par M. Tixier), fut *nettement positif*. La malade fut alors aussitôt soumise aux injections quotidiennes de benzoate d'hydrargyre. Dès la quatrième injection, une amélioration incontestable fut observée ; rapidement ensuite, disparurent les signes locaux d'auscultation, la toux, la dyspnée, la fièvre ; mais ce fut surtout l'état général qui subit rapidement une amélioration imprévue : le facies devint meilleur, plus coloré, l'appétit revint impérieux ; les ganglions cervicaux disparurent ; le poids qui était de 35 kil. 300, au début du traitement, passa rapidement à 38 kilg 750.

A la sortie de l'hôpital, il n'existait plus aucun signe d'induration du sommet droit ; la toux avait totalement disparu ainsi que l'expectoration, et la mère déclare n'avoir jamais vu son enfant aussi colorée et en aussi brillante santé.

OBSERVATION VI

Due à M. le docteur Milhit.

Cot... Maurice, 13 ans (D. 1704), entré salle Bouchut, service de M. le professeur Hutinel, le 26 mai 1913, sorti le 8 juin.

Cet enfant est amené à l'hôpital parce qu'il tousse et qu'il a de la fièvre. C'est d'ailleurs un toussueur habituel, depuis qu'à l'âge de 5 ans il a eu une rougeole et une coqueluche com-

pliquées de broncho-pneumonie. Il n'existe rien d'intéressant dans les antécédents héréditaires de ce petit malade, pas de bacilliose.

L'examen clinique révèle la présence d'un foyer de râles humides au sommet droit, et d'une zone de matité à la base du même côté, avec râles de gargouillement à ce niveau. L'enfant expectore des crachats verdâtres ; la température est aux environs de 38°, elle atteint le lendemain de l'entrée 38°8.

L'intradermo-réaction est ici positive, mais il n'y a pas de bacilles de Koch dans l'expectoration. En raison des antécédents du petit sujet, le diagnostic porté est celui de dilatations bronchiques, réserves faites pour une tuberculisation secondaire possible.

Systématiquement, on recherche (M. Tixier) le Wassermann ; comme la réaction est positive, on soumet aussitôt le malade au traitement, et très rapidement les symptômes locaux disparaissent et l'état général s'améliore.

OBSERVATION VII

Due à M. le docteur J. Milhit.

Thérèse D..., âgée de 10 ans, entrée salle Parrot (B. 1575), service de M. le professeur Hutinel, le 19 juin 1913.

Cette enfant est amenée à l'hôpital parce qu'elle s'enrhume sans cesse, et qu'elle présente souvent des poussées fébriles. En 1909, elle a déjà fait deux séjours dans le service pour un mégacolon, elle a eu, à 18 mois, un abcès froid du pied gauche ; à 3 ans, elle a présenté du maelena ; depuis cette époque, elle

se plaint toujours du ventre, qui est ballonné ; elle a des alternatives de diarrhée et de constipation ; pendant le séjour qu'elle fit en 1909 dans le service, le diagnostic de mégacôlon fut porté ; l'examen radioscopique (Barret) permit de localiser le rétrécissement (s'il en existait un toutefois) au niveau du côlon transverse.

L'auscultation en 1909 avait décelé, au niveau du sommet droit, en arrière, quelques craquements et de gros râles disséminés dans toute la hauteur du poumon.

Actuellement, ce qui frappe à l'examen clinique, c'est tout d'abord la petite taille de l'enfant qui, à 10 ans, n'est pas plus grande qu'une enfant de 6 ans ; c'est ensuite un embonpoint trop accusé, mais un embonpoint qui rappelle un peu l'infiltration myxœdémateuse. Le poids est de 26 k'il. 650. A retenir le fait que les règles ont apparu à 8 ans et demi et que depuis elles sont très régulières.

Il existe incontestablement chez cette enfant un *trouble dystrophique* avec nanisme, troubles génitaux, adipose, intéressant à noter.

L'intelligence paraît normale. La température est peu élevée : 38°2 ; il y a un peu d'albumine, pas de sucre, mais de l'indican ; l'urée, les chlorures sont normaux. L'examen physique montre des signes de bronchite avec de gros râles à timbre caverneux surtout à droite et au sommet, qui font porter le diagnostic de dilatations bronchiques.

L'intradermo-réaction à la tuberculine est positive. Le Wassermann est nettement positif ; signalons ici le fait que les parents sont l'un et l'autre en bonne santé, qu'ils n'ont pas eu d'autre enfant ; la mère n'a jamais fait de fausses couches.

En raison du Wassermann positif, on est en droit d'attri-

buer à la syphilis héréditaire les troubles dystrophiques présentés par cette enfant ; peut-être est-ce aussi la syphilis qui a provoqué par un rétrécissement de l'intestin le mégacolon à 4 ans et demi ? Sans doute est-ce encore elle qui intervient pour faciliter le développement des dilatations bronchiques ?

Le traitement spécifique est institué, sans d'ailleurs qu'on ait la prétention de voir s'amender sous son influence les troubles dystrophiques. Assez rapidement, par contre, disparaissent les signes d'auscultation ; le poids se relève et l'expectoration se tarit.

OBSERVATION VIII (résumée).

In Lancereaux : Leçons de clinique médicale.

X., jeune fille de 14 ans, chétive et très peu développée, est entrée en avril 1874 à l'hôpital de Lourcine.

Elle souffre des yeux depuis son enfance, les deux cornées sont presque opaques, à l'œil gauche staphylome. Il existe également une double surdité, et depuis longtemps un coryza mais sans déformation appréciable du nez). Les dents sont courtes, la face peu développée.

Il y a un an une tuméfaction du voile du palais se produisit, et fut suivie de perforation, puis de destruction totale.

A son entrée, on constate un large ulcère de la face postérieure du pharynx, s'étendant en profondeur jusqu'aux corps vertébraux.

La respiration est fréquente. Depuis quelques mois toux quinteuse, humide. On trouve en percutant une matité notable

à la base du poumon gauche, avec augmentation des vibrations; à l'auscultation on entend un souffle doux, un peu creux, sur quelques points, en même temps gros râles muqueux et léger retentissement de la voix. Par conséquent, le lobe inférieur du poumon gauche est le siège d'une induration scléreuse associée à une dilatation des bronches

On institue le traitement : iodure de potassium, i à 2 grammes par jour ; frictions mercurielles.

L'ulcère pharyngien se cicatrise; en même temps il y a amélioration du côté du poumon. A partir de juillet la toux cesse complètement ; la matité et le souffle persistent, mais sans râles. L'accroissement de la malade, presque arrêté depuis longtemps, se manifeste à nouveau.

L'amélioration continue après la sortie de la malade : en février 1878 le souffle du lobe inférieur du poumon gauche est moins intense, le murmure vésiculaire s'entend à la base, les râles font défaut. Le développement corporel s'est accentué et il est survenu un embonpoint qui porte à croire à une guérison prochaine et définitive.

OBSERVATION IX (résumée).

De M. le Dr Baumel, de Montpellier.

G. M..., est âgée de 18 ans. Sa mère est morte à 35 ans bacillaire et cardiaque ; quant au père, il est extrêmement probable qu'il était syphilitique.

A 4 ans la malade a été à l'hôpital général, service des tei-

gneux ; puis, au cours d'un traitement à Balaruc, une fluxion de poitrine éclate, à dater de laquelle la maladie actuelle n'a cessé de se manifester. Tous les ans bronchopneumonie.

A 8 ans, syndrome méningé considéré comme tuberculeux ; il est impossible d'obtenir un seul crachat ; guérison en quelques semaines : pendant la convalescence, mouvements choréiformes. La menstruation s'établit normalement et elle est régulière.

A 16 ans apparaissent des *signes cavitaires* au sommet du poumon droit. L'examen des crachats, pratiqué à *plusieurs reprises*, par les hommes les plus autorisés, n'a *jamais* donné de bacilles de Koch.

Le 6 février 1904, la malade, qui est pupille de l'Assistance publique est envoyée à l'hôpital général pour bronchite chronique. Elle est grande, maigre, d'apparence souffreteuse ; elle présente une scoliose à concavité droite ayant nécessité deux ans auparavant le port d'un corset orthopédique ; et une atrophie de la moitié droite du thorax avec dépressions sus et sous-claviculaires très accentuées. On note à la percussion : submatité aux deux sommets, mais plus particulièrement à droite. A l'auscultation on constate : respiration rude, expiration prolongée ; aux deux sommets râles sous-crépitants ; aux bases, bruits plus humides, de tous calibres, et paraissant dûs au gargouillement de liquide dans des cavités multiples. En avant, symptômes parallèles. Pouls petit et rapide ; rien au cœur.

En présence de ces signes et des antécédents maternels, on serait porté à faire le diagnostic de tuberculose ; mais les nombreux examens de crachats, pratiqués à différentes dates, ayant

bien démontré l'absence de bacilles, nous n'y sommes pas autorisés.

Il y a deux ans, de guerre lasse, l'iodure de potassium fut prescrit, et aussitôt tous les phénomènes s'amendèrent.

L'idée d'antécédents héréditaires syphilitiques du côté du père s'impose donc, et la spécificité de lésions dont il était porteur au moment de sa mort, il y a quinze ans, ne laisse guère de place au doute. Je crois donc pouvoir affirmer qu'il s'agit ici de pneumopathie syphilitique (à laquelle le professeur Fournier consacre quelques pages magistrales dans son livre de la syphilis héréditaire tardive).

Le sirop de Gibert a donc été donné, dans la maladie actuelle, à la dose de 20 grammes par jour d'abord, puis de 30, et depuis une quinzaine on assiste à une notable et rapide amélioration.

CONCLUSIONS

1° La bronchectasie est, chez les enfants au-dessus de cinq ans, plus fréquente qu'on ne le croit généralement.

2° La cause de cette affection paraît être assez souvent l'hérédo-syphilis, soit qu'elle en crée par elle-même les lésions, soit que le terrain syphilitique favorise l'établissement de ces lésions à la suite d'affections quelconques : rougeole, coqueluche, etc.

3° Lorsque la cause de la dilatation bronchique n'est pas un corps étranger, révélé par l'anamnèse ou la radioscopie, il serait toujours bon de rechercher la syphilis par la réaction de Wassermann.

4° Dans le cas de syphilis reconnue, ou même, seulement jugée très probable, il faut toujours essayer le traitement spécifique, qui donne le plus souvent, surtout chez l'enfant, de bons résultats.

Vu : par le Doyen, Vu : par le Président,
LANDOUZY. HUTINEL.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

L. LIARD.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- ADAMSON. — Inherited syphilis. Rep. Soc. Stud. dis. Child.
London, 1908.
- ALIBERT. — Thèse, Paris, 1900.
- AUDRAIN. — Syphilis pulmonaire.
- ASSMANN. — 4 Faelle v. Bronchiectasie. Med. klin. Berlin,
1911.
- BABÈS. — Syph. héréd. et syph. du poumon. Arch. gén. de
méd., 1905
- BAERENSPRUNG. — Die hered. syph. Berlin, 1864.
- BAGINSKY. — Traité des mal. de l'enf., 1892.
- BALZER — Syph. du poumon. Th. de Paris.
- BALZER et GRANDHOMME. — Syph. héréd. bronch. du nou-
veau-né. Rev. mens. des m. de l'enf., 1886.
- BARTH. — Recherches sur la dil. des br. Mém. de la Soc.
méd. d'observ., 1856.
- BARTH. — Diagnostic différ. entre syph. et phtis. pulm.
Union méd., 1859.
- BAUMEL. — Syph. pulm. Gaz. des hôp., 1904.
- BELDAU. — Fruehdiagn. u. Behandl d. Bronchiect. Munch.
med. Woch., 1908.

- BÉRIEL. — Syphilis du poumon, 1907.
- BOUCHUT. — Dil. des br. Province médic., 1907.
- BOURDIEU. — Thèse, Paris, 1895.
- BOURÉE. — Thèse, Paris, 1905.
- BOX. — Bronchiect. in Childhood, with s. observ. The Lancet, 1907.
- CADE et JAMBON. — Arch. de méd. expér. et d'an. path., 1905.
- CADE et SAVY. — Syph. et dil. br. Lyon médical, 1906, t. I.
- CADET DE GASSICOURT. — Traité clin. des mal. de l'enf., 1880.
- CARLIER. — Thèse, Paris, 1882.
- CHAPLIN. — The treatm. of bronchiect. Practitioner, London, 1906.
- CHARCOT. — De la pneumonie chron. Thèse d'agrég., 1860.
- COMBY. — Traité des mal. de l'enf., 1894.
- CORNIL. — Traité de la syphilis.
- CUBE. — Ann. de dermat. et syph., 1881.
- DALLIDET. — Thèse, Paris, 1881.
- DÉJERINE et SOTTAS. — Rev. de méd., 1913.
- DELACOUR. — Thèse, Paris, 1894.
- DIEULAFOY. — Pathol. int., 1910. Cliniques.
- FOURNIER. — Traité de la syph.
- FOURNIER. — La syph. héréd. tard.
- GAMBERINI. — Giorn. it. delle mal. ven., 1880.
- GARIN et LAURENT. — J. de phys. et pat. gén., 1910.
- GAUCHER. — Syph. des viscères, 1909.
- GINTRAC. — Dict. de méd. et chir. ; art. Bronches, t. V.
- GREEN. — Transact. path., v. 24.
- HELLER. — Deutsche arch. f. klin. med., 1885.
- HILLER. — Charité Ann., 1884.
- HOCHSINGER. — Studien nobor die hered. syph., 1898.

- HOEHNE. — Wasserm. in d. Prax. Med. klin. Berlin, 1908.
- HOMOLLE. — Dict. de méd. et chir. prat. Art. Syph. du poumon.
- HUBER. — Bronchiectasie. Med. Times N. Y., 1911.
- HUTINEL. — La Prov. méd., 1904. Pédiatrie prat. de Lille,
1905. J. de méd. et chir. prat., 1908. Presse méd.,
1911.
- JACQUIN. — Thèse, Paris, 1895.
- JAMBON. — Thèse, Lyon, 1906.
- KOKAWA. — Syph. du poumon. Arch. f. dermat. u. syph., 1908.
- LANCEREAUX. — Traité de la syph. Cliniques.
- LANDOUZY. — Nosographie, path. gén., diagn. de l'hérédosyph. tard. Presse méd., 1907.
- LEFRANC. — Thèse, Paris, 1910.
- LEROY. — Arch. de physiol., 1879 et 1884.
- LETULLE. — Anatomie pathologique, 1897, et Presse méd.,
1896.
- MAINGAULT. — Bull. de la Soc. anat., 1853.
- MARFAN. — Traité de méd. Charcot-Bouchard.
- MAURIAC. — Syph. tertiaire et s. héréd., 1890.
- MEIER. — Technik, etc., der Wassermannsche Reakt. Berl.
klin. Woch., 1907.
- MILHIT. — Arch. de méd. des enfants, 1914.
- PANCITTIUS. — Lungensyph. Berlin, 1881.
- PIELSTICHER. — Syph. cong. pulm. Berl. klin. Woch., 1909.
- REIMER. — Jahrb. f. Kinderheilk., 1876.
- RICHARDIÈRE. — Bulletin de la Soc. anat., 1872.
- RILLIET et BARTHEZ. — Traité clin. et prat. des mal. de l'enf.,
1884.
- RINDFLEISCH. — Bericht. d. Leist. d. phys. med. Ges. z.
Wuerzburg, 1898.

- RONDE. — Inaug. dissert. Wuerzburg, 1886.
- SANDOZ. — 2 Faelle v. fœt. bronchiect. Iena, 1907.
- SERGENT. — Syphilis et phtisie, 1905.
- SOTIROFF. — Thèse, Paris, 1897.
- SURICO. — Giorn. it. delle mal. ven. e della pelle, 1900.
- THIROLOIX et DEBRÉ. — Dil. br. expérimentale. Bull. et
mém. soc. méd. des hôp. de Paris, 1908.
- TRIPPIER. — Anatomie pathologique, 1904.
- VIRCHOW. — Nature des affections syph., 1859.
- WEILL. — Précis de méd. infant., 1911. La Pédiatrie, Mar-
seille, 1912, n° 2.
- ZIEGLER. — Livre d'an. path. spéc., 1902.

